



QUESTIONS DE THÈSES,

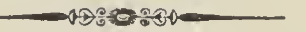
TIRÉES LE 12 AOUT 1838.

1° COMPARER LA COMPOSITION DU CHYLE AVEC CELLE DU SANG VEINEUX.

2° DES FOLLICULES DENTAIRES DE LA PREMIÈRE DENTITION.

3° DES RUPTURES DE L'UTÉRUS.

4° ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC DES ÉRUPTIONS PUSTULEUSES DU CUIR CHEVELU.



THÈSES

PRÉSENTÉES ET PUBLIQUEMENT SOUTENUES

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 31 AOUT 1838,

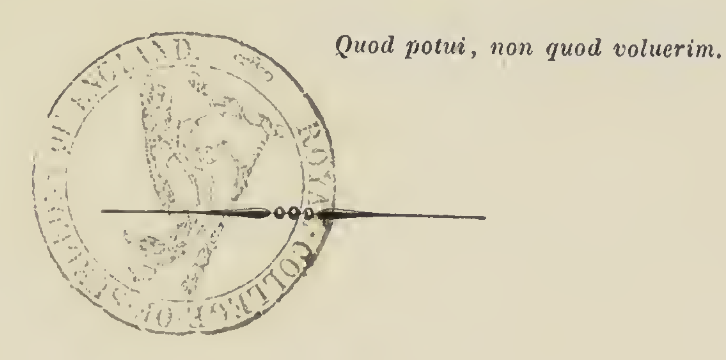
PAR

François CHABAUD,

de Marchal (CANTAL);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

Quod potui, non quod voluerim.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

AU MEILLEUR DES PÈRES

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Comme un gage de la vive reconnaissance que m'inspirera toujours le souvenir des nombreux sacrifices que vous avez faits pour moi !

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR.

Comme le garant de cette amitié dont nous éprouvons chaque jour les charmes !

F. CHABAUD.

AVANT-PROPOS.

Les questions qui font le sujet de ma thèse présentent, par leur nature, des difficultés extraordinaires, et demandent, pour être traitées convenablement, des recherches minutieuses que le manque de temps ne m'a pas permis d'entreprendre. J'ai été obligé de glisser légèrement sur tout, et d'écrire à la hâte des pensées qui, n'ayant été ni pesées, ni mûries à l'avance, présenteront sans doute quelques incohérences, et peut-être même des contradictions manifestes. Mon style se ressentira aussi de cette précipitation, et ne présentera nulle part cette élégance et ces formes agréables qui sont presque toujours l'indice d'un ouvrage longtemps médité. Le mien ne sera qu'un précis très-succinct, une espèce de catalogue où j'ai consigné, avec le plus d'ordre possible, le résultat des recherches que m'ont permis douze jours de travail.

Cette rapidité forcée ne doit pas, sans doute, faire trouver bon ce qui est réellement mauvais; mais elle doit concilier, ce me semble, un peu d'indulgence à l'auteur dont les efforts sont ici parfaitement exprimés par le vieil adage : Quod potuit, non quod voluerit.



SCIENCES ACCESSOIRES.

COMPARER LA COMPOSITION DU CHYLE AVEC CELLE DU SANG VEINEUX.

Le chyle, cette liqueur animale qui provient de l'action des organes digestifs sur les matières alimentaires, devient, en s'unissant avec la lymphe, la source première des matériaux qui doivent servir à la nutrition du corps, et réparer ses pertes continuelles : c'est lui qui renouvelle le sang veineux, et lui apporte les principes qui doivent le rendre essentiellement vital; ou plutôt c'est lui qui, en venant dans les poumons subir l'influence de l'air atmosphérique, se transforme, comme le sang veineux, en sang artériel, et remplace les quantités plus ou moins considérables que celui-ci fournit à la nutrition de l'économie entière.

Une telle transformation semblerait de prime-abord annoncer une espèce d'identité dans la composition de ces deux fluides : l'observation directe et les expériences chimiques ont, en effet, démontré une analogie assez grande, mais ne permettent pas cependant de les confondre dans une même classe.

Les propriétés physiques sont d'abord bien différentes. Le sang veineux présente une couleur rouge noirâtre plus ou moins foncée, un goût légèrement salé, et une viscosité assez grande; le chyle, au contraire, est caractérisé par une couleur blanche laiteuse, une saveur

douce et fade, et une odeur spermatique ordinairement bien prononcée ; sa viscosité et son poids spécifique sont d'ailleurs moins considérables.

Ces caractères ne sont pas cependant toujours aussi tranchés, et varient ensuite beaucoup suivant que le point d'où l'on retire le chyle est plus ou moins rapproché des intestins, et que la nourriture de l'animal qui le fournit contient des matières grasses animales et végétales, ou des aliments d'une autre nature. Dans ces derniers cas, en effet, le chyle présente une assez grande transparence, surtout si on l'examine près de l'endroit où le canal thorachique se jette dans la veine sous-clavière gauche, et l'odeur spermatique que nous lui avons assignée devient presque insensible, ou même disparaît complètement.

Exposés à l'air atmosphérique, les deux fluides qui nous occupent se comportent à peu près de la même manière ; ils absorbent assez rapidement l'oxigène, et prennent une couleur rouge assez vive : ce phénomène est plus prompt et plus prononcé si le dernier de ces gaz remplace le premier.

Lorsqu'on étudie le chyle au microscope, on aperçoit, d'après l'observation de Muller, des globules de deux espèces. Les uns, blancs, se dissolvent facilement dans l'alcool, et ne sont autre chose que des particules de graisse qui, tenues en suspension dans le sérum, lui communiquent la couleur laiteuse qui le caractérise. Les autres sont réellement des globules chyleux, et présentent une forme arrondie, assez analogue à celle des globules sanguins dont le volume est cependant deux ou trois fois plus considérable. La matière colorante que l'on trouve si abondamment dans ces derniers, et que les recherches les plus minutieuses ne peuvent souvent découvrir dans les autres, établit d'ailleurs une différence bien tranchée entre les deux substances.

Le chyle, soumis au contact de l'air ou à l'action du calorique, se sépare bientôt en trois parties : l'une, supérieure, blanche, crémeuse, formée par les particules de graisse dont nous avons parlé ; la seconde, inférieure, solide, peu résistante, d'une couleur pâle,

est composée des globules chyleux unis par une légère trame de substances fibrineuses ; la troisième, enfin, liquide, transparente, est tout-à-fait analogue au sérum du sang.

Celui-ci, lorsqu'il est abandonné au repos, ou soumis à l'une des influences dont nous avons parlé, se coagule comme le précédent, mais ne présente jamais que deux parties : l'une liquide, aqueuse, transparente ; c'est le sérum ; l'autre solide, d'un rouge foncé, dure et résistante, est le cruor, dont la fibrine et une matière colorante (hématosine) forment les éléments essentiels.

Quoique les diverses parties que nous venons d'examiner puissent varier pour ainsi dire à l'infini dans leurs proportions réciproques, le chyle présente cependant moins de matières solides que le sang veineux, dont les quantités, d'après les expériences de Vauquelin et Berzelius, sont entre elles : 50.216.

La composition chimique des deux fluides qui nous occupent ne diffère guère aussi que par la proportion des éléments qu'ils renferment. Ainsi, la fibrine, qui, dans le sang veineux, est assez abondante et bien formée, n'existe qu'en très-petite quantité dans le chyle, où elle paraît d'ailleurs posséder des qualités particulières et se rapprocher beaucoup de l'albumine.

Le tableau suivant nous dispensera d'entrer dans l'énumération comparative des divers principes qui entrent dans leur composition, et nous fera d'ailleurs très-bien connaître les résultats qui méritent aujourd'hui le plus de confiance.

COMPOSITION.

DU CAILLOT CHYLEUX.

1° Fibrine.
2° Matière grasse.
3° Sérum et quelquefois un peu de matière colorante.

DU CAILLOT SANGUIN

1° Fibrine.
2° Albumine.
3° Principe colorant.

DU SÉRUM DU CHYLE, D'APRÈS GMELIN.

1° Eau.
2° Graisse brune.
3° Graisse jaune.
4° Extrait de viande, lactate et chlorure de soude.
5° Albumine.
6° Carbonate et phosphate de chaux.

DU SÉRUM DU SANG, D'APRÈS BERZELIUS.

1° Eau.
2° Hydrochlorate de potasse et de soude, lactate de soude unis à une matière grasse.
3° Albumine.
4° Carbonate de soude, phosphate de soude, et un peu de matière animale.

Je regrette de ne pouvoir indiquer les proportions de ces substances; mais elles n'ont pas été déterminées d'une manière rigoureuse pour le sang veineux.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DES FOLLICULES DENTAIRES DE LA PREMIÈRE DENTITION.

Les dents qui, chez l'homme, servent à l'ornement de la figure, à la prononciation des sons, et jouent un très-grand rôle dans l'acte de la digestion, sont des organes que leur solidité, leur aspect, leur peu de vitalité et leurs propriétés chimiques, ont toujours fait rentrer dans l'histoire générale des os. Cependant, si on examine leur position, leur structure et leur mode de développement, on apercevra bientôt que ces corps, d'une nature particulière, n'ont rien d'analogue dans le corps humain, et doivent occuper, dans les classifications, un cadre séparé.

Il n'entre pas dans mon sujet de signaler toutes ces différences, ni de faire ressortir les rapports que les anatomistes modernes ont voulu établir entre les dents et les sécrétions cornées de la peau. Il faut que je remonte beaucoup plus haut pour assister, si on peut le dire, à la naissance de la dent, et décrire les divers instruments que la nature met en œuvre pour y parvenir.

Si, vers le troisième mois de la vie intra-utérine, l'on examine les organes de la dentition, on voit, sur le bord alvéolaire, des espèces d'ampoules de forme allongée, qui, par une de leurs extrémités, plongent dans le fond de l'alvéole, tandis que la superficielle est en rapport avec la membrane gencivale dont elle semble n'être qu'un repli. Ces corpuscules, que l'on désigne sous le nom de *follicules dentaires*, sont disposés sur une ligne courbe, représentée par la parabole que forment les os maxillaires, et séparés les uns des autres par une cloison membraneuse. Leur position est d'autant plus super-

ficielle, qu'on les examine à une époque plus rapprochée de la conception; car, à mesure que l'ossification des maxillaires se complète, les alvéoles deviennent plus profonds, et logent mieux les follicules.

Ceux-ci, au nombre de vingt pour la première dentition, n'apparaissent pas tous à la même époque. Ceux des incisives et des premières molaires se montrent ordinairement vers le commencement du troisième mois de la vie intra-utérine, et apparaissent plus tôt à la mâchoire inférieure qu'à la supérieure. Celui de la canine ne se montre guère que vers le commencement du quatrième mois. Ces détails, qui semblent assez insignifiants, peuvent cependant éclairer le médecin légiste, lorsqu'il est appelé à déterminer l'âge d'un fœtus.

En examinant attentivement le follicule dentaire, on voit assez facilement qu'il se compose de deux parties bien distinctes : l'une externe membraneuse, qui sert d'enveloppe; l'autre interne, molle, pulpeuse, qui paraît être formée par l'épanouissement des vaisseaux et nerfs dentaires.

La première, que l'on désigne sous le nom de *capsule*, paraît quelque temps avant l'organe pulpeux, et renferme, dans son intérieur, une certaine quantité de liquide jaunâtre que quelques auteurs ont regardé comme la source qui, plus tard, fournissait l'émail de la dent. Elle est formée de deux tuniques, l'une externe, l'autre interne : la première, de nature fibreuse, se continue, d'une part, avec la membrane gencivale, dont elle n'est qu'un prolongement; tandis que son extrémité opposée correspond au fond de l'alvéole, où elle présente une ouverture pour le passage des vaisseaux et nerfs dentaires. Cette membrane, qui n'est, ainsi que le démontre Cruveilhier, qu'un prolongement de la membrane gencivale, doit être considérée comme le périoste de l'alvéole, et l'organe de protection du follicule dentaire dont elle ne possède aucune propriété.

La tunique interne, au contraire, est un organe de sécrétion et une partie essentielle du bulbe dentaire; elle est mince, transparente, et paraît former, entre la précédente et la papille, une espèce de sac sans ouverture qui lui donne quelque analogie avec les séreuses. Sa face externe tapisse en dehors la membrane fibreuse dont nous

avons parlé, adhère assez fortement avec elle du côté gencival, tandis que, du côté opposé, elle s'en sépare pour se réfléchir sur les vaisseaux et nerfs dentaires, et se continuer probablement sur la substance pulpeuse, quoique l'anatomie n'ait pu jusqu'à présent en fournir la preuve.

La partie interne du follicule dentaire, que l'on désigne sous les noms de *papille*, de *bulbe dentaire*, est un petit corps mou, jaunâtre, très-vasculaire, de forme conique, dont la base libre et flottante correspond à la gencive, tandis que le sommet, simple ou multiple, selon que la dent doit avoir une ou plusieurs racines, occupe le fond de l'alvéole et se continue avec les vaisseaux et nerfs dentaires, dont il ne paraît être que l'épanouissement. Cet organe, qui est d'abord situé très-profondément dans l'alvéole, s'élève insensiblement à mesure qu'il se développe, représente exactement la forme de la dent qu'il doit produire, et soulève insensiblement la membrane séreuse dont nous avons parlé, qui devient alors son enveloppe extérieure.

Après la description rapide des diverses parties qui constituent un organe, il serait bon de remonter à l'étude de leurs fonctions, et de déterminer le rôle que chacune d'elles est appelée à remplir. C'est ce que tous les naturalistes se sont efforcés de faire; mais leurs travaux sont encore loin d'avoir répandu sur ce point important les lumières que semblait promettre leur ardeur à les rechercher. Le sujet qui m'occupe, quoique bien mieux connu que beaucoup d'autres, pourrait cependant venir à l'appui de mon assertion.

En effet, les anatomistes ne sont encore nullement d'accord sur les organes sécréteurs des matériaux qui forment la dent. Quelques-uns ont pensé qu'ils étaient tous fournis par la papille; d'autres ont avancé que l'émail résultait de la cristallisation du liquide qui entoure le bulbe dentaire; d'autres, enfin, et c'est le plus grand nombre, pensent que l'ivoire est exhalé par la surface de la papille, tandis que l'émail est le produit de la sécrétion de la membrane interne.

On ne peut guère concevoir, en effet, que deux substances aussi dissemblantes que l'émail et l'ivoire, puissent provenir d'une même origine. D'ailleurs plusieurs considérations d'anatomie comparée mi-

litent en faveur de cette dernière opinion. Si l'on examine attentivement, dit Cruveilhier, le feuillet pariétal de la membrane séreuse, on découvre à sa face profonde, au niveau de la couronne dentaire, une espèce de pulpe ou renflement très-sensible. Cette pulpe s'atrophie dès que l'émail est formé, ce qui explique pourquoi la racine n'est jamais couverte d'émail, quoique, après l'éruption de la dent, elle ait pris la place du collet. On voit des animaux dont les dents ne sont jamais couvertes d'émail ; mais, ajoute le même auteur, l'anatomie ne démontre pas non plus le bourrelet dont nous parlions tout à l'heure. Il en est d'autres, au contraire, le lapin, le castor, par exemple, qui présentent une disposition tout-à-fait opposée ; chez eux, l'émail des incisives se renouvelle continuellement; mais, chez eux aussi, on voit persister le bourrelet qui nous occupe.

L'*émail* paraît sécrété par la face externe de la papille. Quelques auteurs, il est vrai, ont cru qu'il n'y avait pas sécrétion, mais simple transformation, ce qui ne paraît pas conforme avec les faits. Car, s'il en était ainsi, ces deux corps devraient avoir les mêmes dimensions.

SCIENCES CHIRURGICALES.

DE LA RUPTURE DE L'UTÉRUS.

On appelle rupture de l'utérus toute solution de continuité qui survient par une cause quelconque aux parois de ce viscère pendant la durée de la grossesse, mais le plus souvent lors du travail de l'accouchement.

Pendant bien long-temps on a gardé le silence sur les affections de ce genre, non sans doute parce qu'elles étaient plus rares, mais parce que les médecins étaient moins souvent appelés auprès des femmes en couche, et manquaient ensuite de connaissances anatomiques nécessaires. Il faut arriver au quinzième siècle pour trouver des détails bien circonstanciés sur le genre de lésions dont nous parlons: Ambroise Paré, Guillemeau, sont à peu près les premiers auteurs qui en aient rapporté des observations bien authentiques; après eux, elles se sont singulièrement multipliées; et il est peu d'accoucheurs célèbres qui ne rencontrent aujourd'hui, dans leur pratique, des accidents de ce genre.

Les ruptures de l'utérus peuvent avoir lieu sur tous les points de cet organe: cependant le fond, les parties latérales, la partie postérieure du col, sont les régions où elles se présentent le plus fréquemment. Certains auteurs ont avancé qu'elles ne pouvaient avoir lieu dans l'endroit correspondant à l'insertion du placenta; Astruc, Levret et Dugès, partageaient cette opinion : quelques faits néanmoins paraissent démontrer le contraire ; et l'on assure que, dans ce cas, l'hémorrhagie est plus rapide et plus considérable.

Relativement à la forme, rien de certain : tantôt elles sont longitudinales et tantôt transversales, quelquefois obliques, d'autres fois demi-circulaires. Cette dernière espèce se présente très-souvent lorsque la solution de continuité existe au col de l'utérus. Leur profondeur présente les mêmes variétés ; elles peuvent intéresser toute l'épaisseur de la matrice, ou se borner à la division de quelques fibres, comme on l'observe assez souvent au museau de tanche. Le péritoine présente aussi ses anomalies : tantôt il conserve son intégrité au-dessus de la rupture complète de l'organe qu'il recouvre, tantôt il présente des éraillements plus ou moins nombreux, tandis que la matrice ne fournit aucune trace de divisions. Celles-ci peuvent s'opérer d'une manière brusque, instantanée, par une sorte d'éclat, ou lentement et par une espèce de feutrage. Dans le premier cas, les bords de la plaie sont assez réguliers ; dans le second, les ecchymoses sont très-considérables, et pourraient faire croire à un état gangréneux si l'on se bornait à un examen superficiel.

Toutes ces particularités, que nous ne pouvons expliquer d'une manière rigoureuse, tiennent quelquefois à certaines dispositions anatomiques, et le plus souvent à l'action spéciale des causes qui les déterminent. L'étude que nous allons en faire pourra plus d'une fois servir à l'appui de cette assertion.

Causes. — A l'exemple de plusieurs auteurs, nous les diviserons en prédisposantes ou occasionnelles, et en efficientes ou déterminantes. Les premières, qui préparent pour ainsi dire la voie aux secondes, et aplanissent les difficultés qui pourraient affaiblir leur action, peuvent être réunies dans deux classes particulières : les unes favorisent les ruptures de l'utérus en diminuant la résistance de ses fibres ; les autres amènent le même résultat en mettant obstacle à l'expulsion du fœtus, et en forçant l'organe de la gestation à redoubler d'efforts pour l'en débarrasser.

L'inflammation, les ulcères, la gangrène, les pressions long-temps continuées sur un point quelconque, une ancienne cicatrice, diverses dégénérescences, les grossesses souvent répétées, le développement inégal de la matrice, doivent évidemment prendre rang dans la pre-

mière classe ; et, dans ce cas, lorsque la matrice viendra à se contracter sous l'influence d'un stimulus quelconque, il est bien clair que la rupture devra se faire dans le point où existe le moins de force de cohésion, et par conséquent là où siégeront les lésions que nous venons d'indiquer. C'est ainsi que l'on peut s'expliquer, d'une manière satisfaisante, les ruptures que l'on a quelquefois observées dans les endroits où cet organe présentait le plus d'épaisseur.

Le second ordre des causes occasionnelles, bien plus nombreux que le précédent, réunira sous un seul point de vue tout ce qui peut mettre obstacle à l'expulsion du fœtus ou retarder l'accouchement. L'étroitesse du bassin, les tumeurs osseuses qui se développent quelquefois à sa marge ou dans son excavation, l'obliquité de la matrice, l'état cartilagineux du col, l'occlusion de son orifice, la rigidité des parties externes de la génération, la mauvaise position de l'enfant, certains cas de monstruosités, etc., agissent évidemment de cette manière, et amènent la rupture de l'utérus si son énergie de contraction dépasse sa force de résistance.

Mais ces solutions de continuité, qui apparaissent tantôt sur un point, tantôt sur un autre, se font-elles au hasard et sans règle déterminée ? Non, sans doute ; elles doivent choisir, si l'organe où elles s'effectuent résiste également partout, le point où la puissance est appliquée avec le plus d'intensité, c'est-à-dire, comme on le démontre en mathématiques, celui qui correspond aux extrémités du grand diamètre de l'ovale qui la supporte. L'expérience s'accorde assez bien ici avec la théorie ; car si elle nous montre que ces ruptures occupent le plus souvent le fond de la matrice, ses parties latérales ou son col, elle nous dit aussi que ces endroits correspondent le plus souvent aux extrémités de l'ovale représenté par le fœtus, ou à une partie quelconque de son corps, qui, venant à faire une saillie considérable, se prête aux mêmes applications.

Quelquefois les deux ordres de causes que nous venons d'établir se réunissent pour concourir au même effet, et la rupture dans ce cas peut se manifester dans le point correspondant à l'extrémité de l'ovale indiqué, ou dans celui qui est le siége de l'état morbide,

selon que la résistance relative d'un de ces deux points sera plus grande que celle de l'autre.

Cette manière de considérer l'action des causes que nous venons d'étudier, peut fournir plusieurs considérations pratiques assez importantes. Elle nous fait apprécier le danger de certaines manœuvres employées dans les accouchements laborieux, et principalement de celles qui, comme la version par les pieds, ont souvent pour résultat l'augmentation des diamètres dont nous avons parlé, et peut, dans quelques circonstances, éclairer le chirurgien sur les moyens qu'il doit mettre en usage dans ces cas difficiles. Je suppose, par exemple, qu'il se trouve auprès d'une femme dont la matrice, ramollie par une cause quelconque, peut se rupturer sous l'influence de contractions assez légères, il mettra de suite tout en œuvre pour terminer un accouchement que, dans d'autres circonstances, il devrait abandonner aux seules forces de la nature.

Après avoir établi, ainsi que nous venons de le faire, l'influence que les causes occasionnelles peuvent avoir sur les ruptures de l'utérus, et l'endroit où elles apparaissent, voyons rapidement quelles en sont les causes *déterminantes*.

On les a divisées en internes et en externes. Les premières, plus obscures dans leur mode d'action, plus incertaines dans leur résultat, ont été différemment jugées par les médecins : les anciens regardaient les mouvements du fœtus comme la cause première des ruptures dont nous parlons; Levret, Crantz et Piet, ont successivement professé cette opinion. Les modernes, au contraire, l'ont presque généralement rejetée; et beaucoup de faits militent en leur faveur. En effet, comme ils le disent fort bien, le fœtus est quelquefois tellement pressé dans la matrice, que tout mouvement devient impossible; la mère n'en accuse presque jamais au moment de la rupture, et la mort de l'enfant a souvent précédé l'accident qu'on lui attribue. D'ailleurs, ajoutent-ils, comment supposer que des mouvements aussi faibles puissent vaincre la force de cohésion de la matrice!..... Cela, en effet, paraît peu vraisemblable lorsque cet organe est dans une intégrité parfaite; mais lorsque ses parois sont ramollies ou amincies

par une des causes occasionnelles dont nous avons parlé, lorsque le fœtus se contracte d'une manière convulsive, comme à la suite d'affections spasmodiques, l'assertion paraît beaucoup moins étrange, et plusieurs fois, sans doute, les ruptures de l'utérus n'ont pas eu d'autres causes.

Cependant l'on ne peut se dissimuler la rareté de ces cas; et il faut bien reconnaître, avec la plupart des auteurs modernes, que les contractions utérines sont le plus souvent elles-mêmes la cause de la rupture de cet organe. La violence qu'elles présentent au moment de cet accident, les douleurs vives qu'elles occasionnent, ne laissent aucun doute sur les rapports de la cause à l'effet. On peut en dire autant de la contraction brusque des parois abdominales, du refoulement subit du diaphragme, des efforts saccadés que la femme renouvelle sans cesse, et du renversement du corps en arrière, qui, en diminuant brusquement la capacité abdominale, compriment l'organe de la gestation d'une manière très-fâcheuse.

Les causes externes, bien mieux appréciées dans leur action, embrassent tout ce qui, venant de dehors, peut agir sur la matrice d'une manière très-énergique. Nous signalerons comme les plus communes, l'application peu méthodique de la main ou des instruments que l'on est obligé d'employer dans les accouchements laborieux. Leurs dangers sont proportionnés au temps qui s'est écoulé depuis la rupture de la poche des eaux, et à la rigidité des parties sur lesquelles on opère. Les coups, les chutes sur la région abdominale, ont aussi quelquefois déterminé le même accident; on l'a vu survenir chez une femme enceinte qui fut surprise entre un mur et la partie postérieure d'une voiture qui reculait. Baudelocque raconte l'observation d'une dame qui, sur le point de s'accoucher, reçut un coup de corne de taureau, qui divisa les parois abdominales et la matrice dans une étendue suffisante pour donner immédiatement passage à l'enfant.

Quoique jusqu'ici, pour étudier l'influence des causes que je viens d'énumérer, j'aie toujours supposé l'utérus distendu par le produit de la conception, je suis loin cependant de croire que sa présence

soit absolument nécessaire pour les ruptures de cet organe. Toute distension, quelle qu'en soit la cause, peut amener le même résultat. Des môles, des hydatides développées dans son intérieur, l'ont déterminé quelquefois ; il en est de même des menstrues lorsqu'elles ne peuvent s'écouler au dehors. (Latour d'Orléans.)

Symptomatologie. — Les symptômes d'une affection aussi grave se dessinent ordinairement d'une manière bien tranchée, et ne laissent aucun doute sur sa véritable nature. On les a distingués en primitifs et en consécutifs, selon qu'ils se présentent au moment même de l'accident, ou plus ou moins long-temps après. Quoique cette division paraisse assez méthodique, je ferai cependant remarquer qu'elle est souvent défectueuse, et que la plupart des phénomènes qui se présentent peuvent être rangés tantôt dans une série, tantôt dans l'autre. Aussi, sans m'occuper d'une classification bien rigoureuse, je vais essayer d'énumérer les symptômes en suivant l'ordre de succession dans lequel ils apparaissent ordinairement.

Une douleur vive et atroce, un sentiment subit de déchirure, un bruit particulier, une espèce de craquement que les assistants ont pu quelquefois entendre (1), donnent souvent le signal de la rupture dont nous parlons. L'on voit paraître, presque aussi immédiatement, le gonflement subit de l'abdomen, une altération plus ou moins considérable de sa forme, un sentiment de chaleur intérieure et une pesanteur insolite qui permettent difficilement d'en méconnaître la cause. Il n'y a guère que la rupture d'un kyste, d'un ovaire hydropique ou de certaines tumeurs développées dans le bassin, qui puissent, dans quelques circonstances, simuler assez bien la plupart des symptômes que nous venons d'indiquer, et laisser le chirurgien dans l'incertitude ; mais le toucher fournit, dans ce cas, le moyen d'en sortir complètement. En effet, si, lorsque l'accouchement marche à grand train, et que les contractions sont très-énergiques, nous voyons la poche des eaux se flétrir et s'effacer sans fournir aucun écoulement externe ; si l'enfant, après avoir présenté

(1) Steidéle et Piet.

une partie quelconque à la vulve, remonte dans le sein de sa mère et devient inaccessible au doigt; si, enfin, le col de la matrice se rétrécit et devient successivement plus profond au lieu de se dilater et de former une saillie plus considérable, il faudra bien, dans ces cas, reconnaître l'existence d'un accident sans lequel les phénomènes que nous venons d'indiquer seraient inexplicables. L'introduction du doigt dans la matrice permet, d'ailleurs, d'apprécier la solution de continuité et ses diverses modifications.

Mais l'exploration n'est pas toujours aussi facile, et les symptômes ne présentent pas constamment des caractères si prononcés. Lorsque la tête du fœtus, par exemple, sera fortement engagée dans la cavité pelvienne, il ne faudra nullement s'attendre aux phénomènes que je viens d'indiquer, ni compter sur les ressources du toucher, qui, dans ce cas, est impossible. La suspension subite de l'accouchement sans cause externe qui puisse y mettre obstacle, pourra seule, avec les signes que nous avons énumérés au commencement de cet article, nous fournir les renseignements nécessaires pour le diagnostic.

Les symptômes de l'accident qui nous occupe présentent d'ailleurs quelques particularités, selon que le fœtus passe en totalité dans l'abdomen, reste dans la matrice ou occupe ces deux cavités à la fois, en s'interposant entre les lèvres de la plaie qui les fait communiquer ensemble. Dans le premier cas, la rupture est presque toujours suivie de mouvements convulsifs, mais ordinairement peu prolongés, occasionnés par l'enfant qui vient de pénétrer dans le ventre de sa mère; les douleurs disparaissent presque subitement, la femme éprouve une amélioration notable, et la matrice revient sur elle-même, comme lorsqu'elle s'est débarrassée de son produit par les procédés ordinaires. Dans les autres, les phénomènes présentent en général des caractères tout-à-fait opposés : les douleurs se continuent avec une violence extraordinaire, et la malade tombe dans une angoisse inexprimable; l'utérus, qui ne peut revenir sur lui-même, se contracte presque sans interruption pour se débarrasser du corps étranger qui l'irrite, le presse ordinairement avec force, et occasionne assez souvent un étranglement considérable sur les parties qui font hernie à travers

sa rupture. Quelquefois cependant il présente une mollesse remarquable et une dilatation très-prononcée qui permettent d'extraire le fœtus avec assez de facilité (1).

Mais de tous les accidents qui accompagnent les ruptures de la matrice, le plus important par sa constance et par la gravité des dangers qu'il fait courir à la malade, est incontestablement l'hémorrhagie. Celle qui provient de la rupture du col se fait à l'extérieur et compromet rarement l'existence, si les vaisseaux qui la fournissent sont d'un petit calibre, et la partie rupturée susceptible de se contracter et de revenir sur elle-même pour en amener l'oblitération. Dans les cas contraires, le danger peut être imminent : tel est le cas rapporté par Lobstein, où la femme périt, malgré tous les secours les mieux entendus. L'existence est cependant autrement compromise, lorsque la rupture a lieu sur un point quelconque du corps de l'utérus, et principalement sur ses parties latérales ; alors le sang se répand abondamment dans l'abdomen, et peut, dans très-peu de temps, entraîner la perte de la malade. Cette terminaison funeste est d'autant plus à craindre, que la matrice conserve moins d'énergie pour revenir sur elle-même, ou qu'un corps étranger, le fœtus, par exemple, interposé entre les lèvres de la solution de continuité, rend ses efforts impuissants et l'oblitération des vaisseaux impossible.

Un autre accident non moins grave dans quelques circonstances, mais moins effrayant pour l'accoucheur, vient souvent aussi compliquer les ruptures qui nous occupent : je veux parler du passage d'une portion du tube intestinal dans la cavité utérine. Il peut avoir lieu avant ou après la sortie du fœtus, mais il ne fournit aucun symptôme tant que l'ouverture qu'il a franchie n'exerce sur lui aucune constriction ; le toucher seul peut, dans ce cas, nous faire reconnaître son existence. Il n'en est plus ainsi lorsque la matrice, revenant sur elle-même, comprime l'intestin avec assez de force pour en déterminer l'étranglement ; les symptômes qui l'accompagnent ne laissent alors

(1) Lamotte, Traité complet des accouchements.

aucun doute sur la nature de leur cause, et avertissent le chirurgien de venir promptement au secours de la malade.

Lorsque les accidents dont nous venons de parler ne sont pas immédiatement mortels, de nouveaux phénomènes viennent bientôt indiquer des complications d'une autre nature : le plus souvent c'est une péritonite qui fait périr la malade en quelques heures ; dans d'autres circonstances, c'est la gangrène de la plupart des viscères abdominaux qui entraîne le même résultat. Mais quelquefois la malade résiste à ces premiers accidents, et l'on voit un ou plusieurs points des parois abdominales, enflammées, tomber en suppuration et livrer passage aux matières épanchées. Desbois (de Rochefort) rapporte l'exemple d'une femme qui, deux mois après avoir présenté tous les symptômes de la rupture de l'utérus, vit s'échapper tous les os d'un fœtus par l'ouverture de plusieurs abcès qui s'étaient développés à la partie inférieure de la région hypogastrique (1).

Quelle que soit la voie que la nature met en usage pour débarrasser l'économie d'un produit qui tend à la troubler, la femme est toujours obligée de passer par une série de dangers et de souffrances dont la mort est souvent le terme. C'est ce que nous allons examiner plus particulièrement dans l'article suivant.

Le *pronostic*, considéré d'une manière générale, est toujours très-fâcheux. Il paraît cependant que la mort est un peu plus prompte lorsque l'enfant passe dans la cavité abdominale, que lorsque l'accouchement se termine par la voie naturelle. Quelquefois la femme résiste à tous les accident primitifs qui accompagnent une lésion aussi grave, pour succomber, plus ou moins long-temps après, à des suppurations excessives ou à la gangrène de la plupart des organes renfermés dans l'abdomen. Ce n'est que dans un très-petit nombre de cas, sur lesquels on ne doit jamais compter, que, le fœtus étant expulsé à travers les parois de cette cavité, le rectum ou toute autre voie, la malade est assez heureuse pour résister à tous les accidents qui en favorisent l'élimination.

(1) Histoire de la Société générale de médecine, tom. Ier, pag. 308.

Quelquefois, il est vrai, le produit de la conception a pu rester impunément dans l'abdomen pendant un très-grand nombre d'années, parce que la nature avait su le renfermer dans une espèce de kyste, et neutraliser ainsi l'influence fâcheuse qu'il devait exercer sur les organes voisins ; mais, ainsi que nous le disions tout à l'heure, ces cas sont trop incertains pour que le chirurgien puisse y ajouter quelque confiance, et se dispenser de recourir, immédiatement après l'accident, à une opération qui, pour être grave, présente cependant plus de chances de succès.

Les dangers varient néanmoins selon le lieu où la rupture a son siége : celles du col sont ordinairement très-légères, l'hémorrhagie peu inquiétante et la guérison assez rapide ; celles du corps, au contraire, présentent toujours beaucoup de gravité, et par les pertes considérables de sang qu'elles occasionnent, et par les inflammations redoutables qu'elles développent. Le danger augmente encore si la matrice, épuisée par les efforts qu'elle vient de faire, ne conserve plus d'énergie pour revenir sur elle-même : il en est de même des cas où le fœtus, interposé dans la solution de continuité, s'oppose au rapprochement de ses bords.

Le ramollissement, les ulcères et les diverses dégénérescences de la matrice, la présence du fœtus dans l'abdomen et les divers obstacles qui s'opposent à son expulsion, l'inflammation et la gangrène des viscères abdominaux, la présence d'une hernie, sont autant de circonstances dont l'influence compromet manifestement les jours de la malade.

Traitement. — Ce que nous venons de dire de la gravité des ruptures de l'utérus, doit engager le praticien à mettre tout en œuvre pour les prévenir. La connaissance des causes qui peuvent les déterminer lui fournira l'indication des moyens qu'il doit mettre en usage.

En effet, si les contractions sont vives et douloureuses, si la femme présente une irritabilité extrême et des convulsions plus ou moins prolongées, les antispasmodiques et les potions opiacées seront très-propres à prévenir l'accident qui se prépare. Les évacuations san-

guines, les bains et les injections émollientes dans le vagin, réussiront mieux, au contraire, si la femme est douée d'un tempérament sanguin, ou présente les symptômes d'un état pléthorique plus ou moins prononcé.

Lorsque les contractions de l'utérus dépendront d'un obstacle qui s'oppose à l'expulsion du corps dont il cherche à se débarrasser, il faudra remonter jusqu'à lui, et s'efforcer de le faire disparaître ou du moins d'en diminuer les effets. L'obliquité sera combattue par une position convenable et la contention de la matrice dans l'état normal, si le besoin le demande; la rigidité des parties externes de la génération, par les émollients, les bains de siége, l'emploi des narcotiques, et surtout l'extrait de belladone. Ce dernier moyen convient principalement dans le cas où le col de l'utérus, fortement contracté, ne cède que d'une manière insensible. On pourrait même, dans cette circonstance, si le besoin était urgent et les moyens précédemment indiqués sans résultat, pratiquer, à l'exemple de quelques chirurgiens, une ou plusieurs incisions sur le point résistant. Cette pratique, qui, d'après la remarque de Dugès, peut favoriser l'extension de la solution de continuité jusqu'au corps de la matrice, ne convient cependant guère que dans le cas de callosités ou de dégénérescences capables d'en rendre la dilatation difficile.

Si la mauvaise position de l'enfant rendait l'accouchement impossible, la version convenablement pratiquée pourrait devenir très-avantageuse; il faudra choisir, pour l'exécuter, le moment où la matrice se contracte avec le moins d'énergie, et même employer au besoin quelques cuillerées d'une potion opiacée ou des embrocations de même nature sur l'abdomen, pour la rendre moins sensible à la manœuvre que l'on va tenter.

Quelques auteurs ont avancé qu'il ne fallait pratiquer la version par les pieds que lorsque, placés près de l'orifice utérin, on pouvait les atteindre facilement et les entraîner sans beaucoup de résistance. Une telle conduite ne détermine jamais aucun accident; mais elle borne trop, ce me semble, les avantages que ce moyen pourrait fournir s'il était employé avec moins de réserve et appliqué à tous

les cas où il est possible, quelle que soit d'ailleurs la position des extrémités pelviennes. On doit être un peu plus entreprenant et moins redouter les dangers qu'une opération quelconque peut occasionner, lorsque celle qui doit la remplacer en fait courir de plus graves encore.

Le forceps pourra être très-avantageusement employé lorsque la tête de l'enfant sera engagée dans l'excavation pelvienne, ou correspondra au détroit supérieur d'un bassin bien conformé. On donnera la préférence au crochet mousse si l'accouchement est moins avancé, ou si le fœtus se présente dans une position qui rende très-difficile l'emploi du premier de ces instruments.

Enfin, lorsque l'obstacle est insurmontable et que le fœtus ne peut sortir par la voie naturelle, on a proposé l'hystérotomie et la symphysiotomie, opérations presque aussi redoutables que l'accident qu'elles sont appelées à combattre; il ne faut jamais les entreprendre qu'après s'être bien assuré que le diamètre antéro-postérieur du bassin présente une étendue de moins de deux pouces et demi, et que l'enfant plein de vie peut être conservé, pour ainsi dire, au détriment de sa mère. Dans les cas contraires, c'est-à-dire lorsque la mort de l'enfant est certaine, il faut agir directement sur lui et l'extraire par lambeaux, quel que soit le dégoût qu'inspire une pareille opération.

Tous les moyens dont nous venons de parler ont pour but, ou de diminuer les causes déterminantes de la rupture de l'utérus, ou de combattre tout ce qui peut la favoriser. Il est à peu près inutile de dire que leur emploi doit être d'autant plus prompt que le danger paraît plus imminent. Ainsi, lorsque la matrice sera depuis longtemps affaiblie, ou par une inflammation chronique, ou par une lésion quelconque capable d'en diminuer la résistance, il faudra s'empresser de venir au secours de la nature, et de favoriser ses efforts par tous les moyens possibles. C'est alors surtout qu'on recommandera à la femme de ne jamais laisser tomber le corps en arrière, de tenir les jambes écartées et légèrement fléchies sur le bassin, d'éviter tout mouvement brusque, toute secousse violente, et enfin tous les efforts capables d'augmenter la tension abdominale.

Souvent, à l'aide de tous ces moyens combinés ensemble, ou employés séparément selon l'exigence des cas, le chirurgien est assez heureux pour prévenir l'accident qu'il redoute, et sauver la mère qui réclame ses soins. Mais, quelquefois aussi, l'art est tout-à-fait impuissant, et la rupture de l'utérus se présente avec tous les accidents qui en sont la suite. Le rôle de chirurgien devient alors très-embarrassant, et par la gravité des symptômes qui se présentent, et par l'insuffisance des moyens qu'il doit mettre en usage; il faut cependant que ses déterminations soient promptes, car le moindre retard peut entraîner les conséquences les plus fâcheuses.

Deux indications se présentent ordinairement : provoquer l'expulsion du fœtus, et combattre les accidents qui se manifestent. Les procédés de la première varient selon le lieu où il se trouve, et les diverses particularités qui en résultent. Lorsqu'il est dans la matrice, il faut se hâter d'en faire l'extraction, soit au moyen du forceps, s'il peut être convenablement appliqué, soit par la version et l'extraction par les pieds lorsqu'on peut les entraîner. S'il est passé dans la cavité abdominale, on peut encore aller à sa rencontre, et le retirer comme dans le cas précédent, si l'utérus, fortement distendu, permet d'en faire l'extraction par l'ouverture qui lui a donné passage (1). La science possède deux ou trois exemples de ce genre; mais le plus souvent l'organe de la gestation revient promptement sur lui-même, et les tentatives de cette espèce, devenues infructueuses, ne sauraient plus être employées sans danger.

Les mêmes considérations se présentent encore lorsque le fœtus, incomplètement renfermé dans la matrice, forme une hernie plus ou moins considérable à travers ses parois déchirées. S'il peut être dégagé facilement, il faut le plus tôt possible en faire l'extraction par la voie naturelle; dans les circonstances opposées, lorsque, par exemple, un étranglement considérable s'oppose au moindre déplacement, on doit éviter toutes les tractions de ce genre, crainte de déterminer les ruptures les plus fâcheuses.

(1) Lamotte (ouvrage cité).

Dans ce cas, comme lorsque un vice de conformation quelconque ne permet pas d'extraire le produit de la conception d'après les méthodes ordinaires, il faut se hâter de pratiquer l'opération de la gastrotomie. Quelques auteurs, se fondant sans doute sur quelques cas très-rares où la nature s'est elle-même chargée de la guérison d'une affection aussi redoutable, ont conseillé d'abandonner l'enfant à lui-même, et de se borner à combattre les symptômes à mesure qu'ils se présentent. Mais ce conseil ne doit plus arrêter le chirurgien, aujourd'hui que l'on possède déjà un assez grand nombre de succès obtenus par cette opération, la meilleure planche de salut que la médecine puisse offrir à la malheureuse qui se trouve dans la triste nécessité d'y avoir recours; et lorsque je pense aux dangers et aux souffrances que trop de timidité fait courir à la malade, je crois devoir conclure que l'opération dont nous parlons doit être mise en usage : 1° dans les ruptures de l'utérus qui surviennent pendant la gestation, lorsque le col, non encore dilaté, s'oppose à toute tentative d'extraction; 2° dans celles qui accompagnent l'accouchement, lorsque le fœtus, passé en totalité dans l'abdomen, ou étranglé dans l'ouverture qui lui donne passage, ne peut être retiré par le vagin; 3° toutes les fois que l'étroitesse du bassin rend l'extraction naturelle impossible; 4° lorsque l'enfant et ses enveloppes ont pénétré dans l'abdomen; 5° enfin, lorsqu'il s'agit de remédier à l'étranglement d'une anse intestinale engagée dans l'utérus.

Voyons maintenant à quelle époque il convient d'opérer. Les auteurs ne sont nullement d'accord; les uns conseillent d'attendre et combattent d'abord les accidents primitifs; les autres veulent, au contraire, que l'on prenne immédiatement le couteau, et leur pratique présente deux grands avantages : le premier, c'est la possibilité de conserver l'enfant; le second, celui de prévenir une foule de complications qui vont rapidement épuiser la malade et la mettre dans l'impossibilité de résister plus tard à l'opération. Car, il ne faut pas l'oublier, si la gastrotomie a été si rarement suivie de succès, c'est que les circonstances dans lesquelles on y a eu recours étaient on ne peut plus défavorables, et capables à elles seules d'entraîner

presque sûrement la mort du sujet. Aussi, lorsqu'il est physiquement impossible que l'accouchement se termine par la voie naturelle, devrait-on se hâter d'ouvrir une route artificielle, afin d'extraire le plus tôt possible les corps étrangers qui doivent occasionner tant de désordres. De cette manière, on préviendrait ces inflammations violentes, ces épanchements purulents qui entraînent si rapidement la malade, et les guérisons deviendraient plus communes.

Il n'est pas dans mon plan de donner les détails de l'opération que je préconise ; il me suffira de dire qu'elle doit être généralement pratiquée dans l'endroit où le fœtus se fait le mieux sentir, et présenter une étendue de cinq pouces, afin de pouvoir en faire l'extraction et débarrasser complètement l'abdomen des liquides qu'il contient. Il faut ensuite examiner avec beaucoup d'attention si les intestins font hernie dans la matrice, et, dans le cas où elle existe, la combattre aussitot par les moyens appropriés. De légères tractions sur l'anse déplacée, ou, ce qui vaut beaucoup mieux, la répulsion de cet organe au moyen de la main préalablement introduite dans la matrice, suffisent ordinairement pour remédier à cet accident. Dans les cas contraires, il faudra, sans hésiter, pratiquer les débridements convenables pour faire ensuite la réduction comme nous venons de l'indiquer. La main, introduite dans la matrice, s'oppose très-efficacement à la reproduction de la hernie, et ne doit être retirée que lorsque cette poche, revenue sur elle-même, ne lui permet plus de se reproduire.

L'hémorrhagie sera combattue par les moyens appropriés aux causes qui l'entretiennent. Lorsqu'elle sera due à la présence du fœtus qui s'opposera au rapprochement des bords de la solution de continuité, il faudra faire tous ses efforts pour l'extraire le plus vite possible. Le seigle ergoté, les astringents, les frictions, les excitants de tout genre, le froid, la glace, etc., seront, au contraire, employés avec succès, si l'inertie de la matrice et son défaut de resserrement sont la cause première des accidents. Lorsque tous les moyens indiqués restent sans effet, on peut, ainsi que quelques auteurs le conseillent, pratiquer le tamponnement du vagin, et appliquer un bandage de

corps autour de l'abdomen, afin que le sang déjà épanché forme une espèce de barrière à l'hémorrhagie ; mais ce moyen doit rarement remplir le but qu'on se propose, car la mort doit arriver avant que le sang soit ramassé en assez grande quantité pour servir de moyen hémostatique. La compression de l'aorte, lorsqu'elle est possible, présente beaucoup plus de ressources.

Quant aux autres accidents, ils ne présentent rien de particulier. L'inflammation sera combattue par les antiphlogistiques ; les abcès, par les procédés ordinaires. Si des os se présentent, on en favorisera la sortie, soit par des tractions modérées, soit par des débridements convenables, si le besoin le demande. Enfin, le médecin réglera sa conduite sur la nature des accidents qu'il devra combattre.

SCIENCES MÉDICALES.

ÉTABLIR LE DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES ÉRUPTIONS PUSTULEUSES DU CUIR CHEVELU.

Si j'ai bien compris ma question, je ne dois m'occuper ici que des éruptions pustuleuses qui apparaissent primitivement sur le cuir chevelu et ne s'étendent presque jamais au-delà. Diverses espèces de teignes, et ces éruptions particulières que l'on désigne vulgairement sous le nom de croûtes laiteuses, doivent seules, par conséquent, rentrer dans le cadre que je me propose de remplir.

A l'exemple d'Alibert, dont les travaux vont nous servir de règle, nous reconnaîtrons cinq espèces de teignes, que l'on peut assez facilement distinguer à l'aide des caractères particuliers qu'elles présentent.

1° *La teigne faveuse* est caractérisée par des croûtes d'une jaune clair assez prononcé, dures, arrondies, présentant à leur centre une espèce de godet plus ou moins profond, tandis que leur circonférence forme un bourrelet considérable et adhère fortement à la peau dont on ne l'isole qu'avec la plus grande difficulté ; leur face profonde recouvre des ulcérations plus ou moins étendues, d'où s'écoule continuellement une matière nauséeuse, coagulable, qui, en se desséchant, forme de nouvelles croûtes ou augmente l'épaisseur des premières : l'odeur d'urine de chat est encore, dans cette affection, un signe caractéristique.

2° *La teigne granulée* s'étend ordinairement moins que la précédente et occupe en général la partie postérieure de la tête. Elle est caractérisée par de petites croûtes dures, inégales, de couleur brune, et assez analogues à du plâtre gâché sali par la pluie ou la poussière. Elles se détachent avec facilité, et laissent voir, au-dessous de leur face profonde, de petites ulcérations d'où s'écoule un liquide

ichoreux qui, en se desséchant au contact de l'air, produit indéfiniment de nouvelles écailles. L'alopécie est souvent le résultat de cette affection comme de la précédente.

3° *La teigne furfuracée* et *l'amiantacée*, ne présentant jamais, dans leur état de simplicité, le caractère des pustules que nous devons étudier, ne peuvent trouver place dans le cadre que nous nous sommes tracé.

4° *La teigne muqueuse*, la plus grave de toutes les affections de ce genre, se présente sous forme de croûtes jaunes, verdâtres, ordinairement molles, larges et épaisses, qui se détachent avec la plus grande facilité et laissent voir au-dessous d'elles le derme enflammé, couvert d'ulcérations profondes ; le liquide abondant qui en découle agglutine les cheveux, les réunit en masses plus ou moins considérables, et forme, en se desséchant, les croûtes qui caractérisent la maladie. Une démangeaison insupportable, la tuméfaction considérable du cuir chevelu, quelquefois la gangrène du tissu cellulaire sous-cutané, pourront aussi, dans quelques circonstances, servir au diagnostic de cette affection.

5° *Les croûtes laiteuses* (*impetigo larvalis* de quelques auteurs) ne sont, pour quelques autres, qu'une variété de la précédente, ou, pour mieux rendre leur pensée, la même affection dans sa moindre intensité. Les caractères qu'elle présente ne permettent cependant pas de les confondre. L'une est une maladie grave et opiniâtre, presque toujours suivie de l'alopécie ; l'autre, au contraire, est généralement regardée comme un bienfait de la nature, une espèce d'exutoire qui débarrasse l'économie des principes qu'elle ne saurait garder sans inconvénient. Elle attaque presque toujours les enfants à la mamelle, tandis que la précédente se montre rarement à cette époque. Les caractères physiques de la maladie sont d'ailleurs bien différents : les pustules n'intéressent que la superficie du derme, et les croûtes qui en résultent se présentent sous la forme d'écailles minces, blanches, lamelleuses, sèches et faciles à détacher.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH, *Examinateur*. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ, *Président*. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR. Pathologie et Thérapeutique générales.
ESTOR, *Suppléant*. Opérations et Appareils.
N........ Pathologie chirurgicale.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY, *Suppléant*.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES
BATIGNE, *Examinateur*.
POURCHÉ, *Examinateur*.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1[er] EXAMEN. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2[e] EXAMEN. *Anatomie, Physiologie.*

3[e] EXAMEN. *Pathologie interne et externe.*

4[e] EXAMEN. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5[e] EXAMEN. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6[e] ET DERNIER EXAMEN. *Présenter et soutenir une Thèse.*

N° 130.

2.

QUELQUES MOTS

SUR LA

FRACTURE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE

DU RADIUS.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 30 AOUT 1838,

PAR

PIERRE-GASPARD-LOUIS MILLE,

d'Aix (BOUCHES-DU-RHÔNE);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

Observatio et ratiocinatio.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.